Über Gesundheitspflege auf dem Lande.

Wolf von Drigalski

Berlin
1932
201

Sozialhygienisches Institut der Universität Berlin.

Über Gesundheitspflege auf dem Lande.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Medizinischen Doktorwürde

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität

zu Berlin

vorgelegt von

Wolf von Drigalski
aus Halle.

BERLIN 1932

Tag der Promotion: 7. März 1932

Druckerei W. May

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Berlin.

Dekan.. Professor Dr. G.von Bergmann.

Referent. Professor Dr. Grotjahn + .

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinem Vater.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41533911_0125

Die Organisation des Gesundheitswesens im Reich liegt in der Hand der Regierungen der Länder, das Reich hat das Recht zur Gesetzgebung auf dem gesamten Gebiet des Gesundheitswesens, unbeschadet des Rechtes der Länder auf ergänzende Landesgesetze.

Die zentrale Verwaltung des deutschen Gesundheitswesens wird vom Reichsministerium des Inneren ausgeübt, als beratende Behörde steht ihm das Reichsgesundheitsamt zur Seite, das wieder vom Reichsgesundheitsrat unterstützt wird. Für Wohlfahrtspflege und Sozialversicherung ist das Reichsarbeitsministerium zuständig. Sondergebiete wie Bekämpfung der Tuberkulose, der Geschlechtskrankheiten, des Alkoholismus, Krüppel-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge werden von Zentralorganisationen bearbeitet,die vom Reich unterstützt werden und sich zusammensetzen aus Behörden, Trägern der Sozialversicherung und Organisationen der freien Wohlfahrtspflege.

Die Ausführung der das Gesundheitswesen betreffenden vom Reich erlassenen Gesetze liegt den Regierungen der Länder ob. Bei den Ländern ist die Zentralverwaltung des Gesundheitswesens den Ministerien angegliedert, denen ihrerseits ein Landesgesundheitsrat zur Seite steht. Bearbeitung und Bewachung der örtlichen Aufgaben geschieht durch beamtete Ärzte. Grundsätzlich ist die Durchführung der öffentlichen Gesundheitspflege in Stadt und Land gleich.Die Ausführung der gesundheitsgesetzlichen Anordnungen ist vielfach den Kommunen und Kommunalverbänden übertragen . Die Landgemeinden sind zu Bezirksfürsorgeverbänden zusammengeschlossen. Für die Leistungsfähigkeit der Landkreise übersteigende Unterbringung der dauernd Anstaltspflege bedürftigen Personen haben die auch die Städte umfassenden Landes-(in Preussen Provinzial-)fürsorgeverbände einzutreten.

Neben Landes- und Bezirksverbänden ist Träger des öffentlichen Gesundheitswesens die Sozialversicherung, sie umfasst in Stadt und Land gleichmässig die in unselbständiger Stellung beschäftigte Bevölkerung zum Schutz vor Not in Fällen von Krankheit, Schwangerschaft, Unfall, Invalidität, Alter, Tod, Arbeitslosigkeit, Hilfsbedürftigkeit,

Erwerbsunfähigkeit. Einen Teil der in den Städten durch das öffentliche Gesundheitswesen übernommenen Aufgaben erfüllt auf dem Land die freie Wohlfahrtspflege.

Zentralbehörde für das Preussische Gesundheitswesen ist das Ministerium für Volkswohlfahrt, zu seiner Beratung dient der Landesgesundheitsrat, zusammengesetzt aus hervorragenden, am öffentlichen Gesundheitswesen verdienten und interessierten Vertretern aus allen Zweigen des öffentlichen Lebens. Das Gesundheitswesen der Provinzen liegt beim Oberpräsidenten. Der Oberpräsident stellt die zuständige Behörde dar für die gesundheitspolizeilichen Verfügungen an die Provinz, die gesundheitspolizeiliche Aufsicht über die Provinzialfürsorgeanstalten (Irren-, Idioten-, Blinden-, Taubstummen-, Entbindungsanstalten), die Erteilung von Konzessionen für neue Apotheken, die allgemeine Staatsaufsicht für Ärztekammer, ärztliche Ehrengerichte und Apothekerkammer, ihm ist weiter unterstellt der für jede Provinz gebildete gerichtsärztliche Ausschuss.

Die Aufsicht über die gesundheitlichen Angelegenheiten eines B e z i r k s hat der Regierungspräsident, dem ein Regierungs- und Medizinalrat beigegeben ist, dem Bearbeitung aller gesundheitlichen Fragen beim Regierungspräsidenten und Revision der Medizinalanstalten des Bezirks obliegen. Die Medizinal- und Sanitätspolizei des K r e i s e s untersteht dem Landrat, Ausübung der Ortspolizei auf dem Lande erfolgt im allgemeinen durch den Amtsvorsteher. Als technischer Berater ist dem Landrat der Kreisarzt beigeordnet. Der Kreisarzt ist dem Regierungspräsidenten unmittelbar unterstellter Staatsbeamter, er hat nach einer entsprechenden Ausbildung auf einer der sozialhygienischen Akademien (Berlin, Breslau, Düsseldorf) eine besondere staatsärztliche Prüfung abzulegen, in der spezielle Kenntnisse auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheitsfürsorge, der sozialen Hygiene, der ärztlichen Gesetzgebung, der Psychiatrie und der gerichtlichen Medizin nachzuweisen sind. Er ist im allgemeinen zugleich Gerichtsarzt seines Bezirks, nur in grösseren Bezirken (17 von 417) sind besondere Gerichtsärzte angestellt, diese in Bayern und im rheinisch-westfälischen Industriegebiet vollzogene Trennung der gerichtsärztlichen und hygienischen Funktion muss als zweckmässig bezeichnet werden.

Die allgemeinen Dienstobliegenheiten des Kreisarztes

sind die Beobachtungen der gesundheitlichen Verhältnisse seines Kreises, Aufklärung und Belehrung der Bevölkerung, beratende und gutachtliche Unterstützung der Behörden in allen Fragen des öffentlichen Gesundheitswesens, Überwachung der Durchführung von Gesetzen und Verordnungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, Tätigkeit als gerichtlicher Sachverständiger. Die Stellung des Kreisarztes zu den kommunalen Fürsorgeeinrichtungen, zusammengefasst in Kreiswohlfahrtsämtern, ist verschieden geregelt, wie eben das ganze Gebiet der Gesundheitsfürsorge auf dem Lande zur Zeit in lebhafter Entwicklung begriffen ist. Wo der Kreisarzt nebenamtlich Kreiskommunalarzt ist (zur Zeit etwa in 25 % der Fälle), leitet er gleichzeitig die Gesundheitsabteilung des Kreiswohlfahrtsamtes, in den anderen Fällen besteht beratende und praktische Zusammenarbeit zwischen Kreisarzt und Fürsorgearbeit.

Dem preussischen Kreisarzt entspricht in Sachsen, Baden, Bayern der Bezirksarzt, in Württemberg der Oberamtsarzt.

Der Kreis ist als Selbstverwaltungskörper Träger des Kreiswohlfahrtsamtes, das einen zur Zusammenfassung aller Fürsorgegebiete in Gemeinschaft mit den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege gebildeten Komplex darstellt, der sich aus Gesundheitsabteilung, Jugendamt und anderen fürsorgerischen Einrichtungen zusammensetzt. Die Kreiswohlfahrtsämter sind im allgemeinen die ausübenden Organe der Bezirksfürsorgeverbände. Leiter der Gesundheitsämter sind in der überwiegenden Mehrzahl nebenamtlich die Kreisärzte, in etwa 1/4 der Fälle hauptamtliche Kreiskommunalärzte, Sondergebiete wie Tuberkulosefürsorge werden vereinzelt schon von hauptamtlich angestellten Fachärzten bearbeitet, meistens betätigen sich die Kreisärzte nebenamtlich als Fürsorgeärzte oder Vertrauensärzte der Wohlfahrtsämter. Als System der Fürsorge ist auf dem Lande die Familienfürsorge durchgeführt. Ausübende Organe sind von den Kreisen angestellte Kreis- oder Bezirksfürsorgerinnen, daneben Hebammen und von der freien Wohlfahrtspflege gestellte Diakonissen und Ordensschwestern.

Der Aufbau des von der Selbstverwaltung des Kreises betriebenen Gesundheitswesens vollzieht sich analog der städtischen Gesundheitspflege: Dem Magistrat entspricht der Kreisausschuss, dem städtischen Wohlfahrtsamt das Kreiswohlfahrtsamt, dem Stadtarzt der Kreiskommunalarzt.

Auch geht augenscheinlich die Entwicklung des ländlichen Gesundheitswesens insofern mit der städtischen parallel, als auch hier Aufgaben und Leistungen immer mehr von der Selbstverwaltung übernommen werden, während den staatlichen Medizinalbeamten eine mehr gesundheitspolizeiliche Aufsichtsfunktion zukommt, soweit nicht bereits die Personalunion von Staats- und Kommunalbeamten im Kreiskommunalarzt hier einen Übergang schafft, der sich überall da, wo beide Arbeitsgebiete in einer Hand bewältigt werden können, als die beste Lösung zu bewähren scheint, im ganzen eine durchaus gesunde Entwicklung, da sie dem Streben nach Selbstverwaltung Raum gibt und den wachsenden Anforderungen des Gesundheitswesens die elastischere und anpassungsfähigere Organisation des Selbstverwaltungskörpers eher gerecht werden kann als die staatliche Maschinerie.

Die S o z i a l v e r s i c h e r u n g steht auf dem Lande vielfach besonderen Verhältnissen gegenüber. Zwischen Arbeitnehmer und Arbeitgeber bestehen engere Beziehungen: langfristige Arbeitsverträge, geringer Barlohn mit Ergänzung durch Sachvergütung in Form von Wohnungs- und Ackergewährung, Bezahlung in Naturalien. Um der besonderen Mentalität der Landbevölkerung, ihrem Streben nach Selbstverwaltung, ihrem Misstrauen bei Verwendung öffentlicher Mittel, der in dem Beharrungsvermögen begründeten Abneigung gegen neue Einrichtungen Rechnung zu tragen, mussten Sonderbestimmungen getroffen werden, so in der Arbeitslosenversicherung, wo bestimmte Gruppen von landwirtschaftlichen Arbeitnehmern, bei denen nach Art ihres Arbeitsverhältnisses die Gefahr der Arbeitslosigkeit geringer ist, versicherungsfrei geblieben sind, weiter auf dem Gebiet der Kranken- und Unfallversicherung.

Die K r a n k e n v e r s i c h e r u n g umfasst auch auf dem Lande alle Arbeiter, Angestellten und Hausgewerbebetreibenden mit einem Jahreseinkommen unter 3600 Mark, ihre Leistungen sind grundsätzlich dieselben wie in den Städten. Erst sie ermöglicht vielfach bei der arbeitenden Landbevölkerung mit ihren geringen Barlöhnen eine ausreichende ärztliche Versorgung. Die besondere Bedeutung der Wochenhilfe für die Angehörigen der Versicherten in den geburtenreichen Landbezirken drückt sich in dem verhältnismässig viel grösseren Anteil des Landes an den Leistungen für Wochenhilfe aus. Zur Anpassung an

die örtlichen Verhältnisse, an das Streben nach Selbstverwaltung, an die durch die weiten Entfernungen zwischen Kranken, Arzt, Apotheke sich ergebenden Schwierigkeiten sind für die Landbevölkerung den städtischen Ortskrankenkassen entsprechende Landkrankenkassen geschaffen worden; so werden die Schwierigkeiten durch den besseren Gesundheitszustand der Landbevölkerung ausgeglichen, durchschnittlich wird jeder Landarbeiter zweimal im Jahre krank und arbeitsunfähig gemeldet, in der Industrie dreimal. Die Landkrankenkassen können auch ihre Mitglieder nach landwirtschaftlichen Betrieben in Sektionen unterteilen. Bei langfristigen Arbeitsverträgen besteht oft die Verpflichtung des Arbeitgebers zu Sachlieferungen weiter, deshalb hat hier die Landkrankenkasse das Recht auf Kürzung der Barleistungen. Zur Verminderung der durch die Entfernungs- und Verkehrsverhältnisse gesteigerten Arztkosten können Arztbezirke gebildet werden, um Anspruch auf Bezahlung der Arztkosten zu haben, muss dann der Versicherte, von dringenden Fällen abgesehen, zu dem für seinen Arztbezirk zuständigen Arzt gehen. In dieser Richtung gehende Vorschläge enthalten auch die vom Reichsausschuss der Ärzte und Krankenkassen aufgestellten Richtlinien, so ist die Einrichtung von Sammelfahrten der Ärzte und Abhaltung von Dorfsprechstunden angeregt. Abholung des Arztes oder Tragen der Fuhrwerkskosten kann dem Arbeitgeber auferlegt werden.

Ebenfalls trägt die U n f a l l v e r s i c h e r u n g durch Sonderbestimmungen den ländlichen Verhältnissen Rechnung, die landwirtschaftliche Unfallversicherung umfasst neben den unselbständigen Arbeitnehmern in den meisten Teilen Deutschlands auch die kleinen, in manchen Bezirken alle landwirtschaftlichen Unternehmer. Träger sind 40 landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften, in Selbstverwaltung der landwirtschaftlichen Betriebsunternehmer stehend; im Gegensatz zu den sich z.T. über das ganze Reich erstreckenden g e w e r b l i c h e n Berufsgenossenschaften umfassen sie nur räumlich geschlossene Bezirke, wieder eine Anpassung an die regionalen Eigentümlichkeiten. Besondere Leistungen der landwirtschaftlichen B.G.S. liegen auf dem Gebiet der ersten Hilfe, worüber unten noch Näheres zu sagen ist.

In der I n v a l i d e n v e r s i c h e r u n g wird die schwächere Finanzkraft des Landes von der grösseren Leistungsfähigkeit der Städte ausgeglichen durch

Gliederung in die Stadt und Land gleichmässig umfassenden Landesversicherungsanstalten.

Die Angestelltenversicherung weist in Aufgaben und Leistungen auf dem Lande keine Besonderheiten auf.

Träger der freien Wohlfahrtspflege auf dem Lande sind vor allem Innere Mission, der (kath.) Caritasverband und das Deutsche Rote Kreuz. In zahlreichen kleinen Kreisstädten und kleinen Gemeinden bestehen Ausschüsse dieser Vereine, Elisabethenvereine, Frauenvereine vom Roten Kreuz u.ä. In Kursen und Veröffentlichungen wird eine auf Förderung gerade der ländlichen Wohlfahrtspflege bewusste Schulungsarbeit geleistet und mit im gleichen Sinne, aber ohne organisatorische Verbindung mit den grossen Verbänden arbeitenden Persönlichkeiten des Landes Kontakt erhalten.

Die Innere Mission arbeitet Hand in Hand mit dem Deutschen Dorfkirchen-Verband, der Deutsche Caritasverband hat eine besondere Arbeitsgemeinschaft für Dorfcaritas, das Schwergewicht der Arbeit der Frauenvereine vom Roten Kreuz liegt ebenfalls in den ländlichen Bezirken.

Für Landpfarrer, Landlehrer, Fürsorgerinnen, Landpflegerinnen werden von den Provinzialunterverbänden Kurse, Tagungen und Konferenzen abgehalten, auf gesundheitspflegerischem Gebiet werden hier das ländliche Wohnungswesen, Säuglingspflege, Krankenversorgung, Tuberkulose - Bekämpfung bearbeitet. In zahlreichen kleinen Land- und Kreisstädten werden Krankenhäuser, Alters- und Siechenheime unterhalten. Eine den ländlichen Verhältnissen angepasste beweglichere Form der Krankenfürsorge stellen die fast ausschliesslich von der freien Wohlfahrtspflege geschaffenen Gemeindekrankenpflegestationen dar, oft unter Angliederung von Mutterberatungs- und Säuglingsfürsorgestellen. Von den Entbindungsanstalten, Wöchnerinnen-, Mütter- und Säuglingsheimen der freien Wohlfahrtspflege befindet sich der grösste Teil in kleineren Kreis- und Landstädten. Auch im Kampf gegen Alkohol, Geschlechtskrankheiten und für hygienische Volksaufklärung wirkt die freie Wohlfahrtspflege in erheblichem Masse mit. An einzelnen Orten bestehen Wohlfahrtshäuser, in denen Gemeindepflegestation, Säuglingsfürsorge- und Tuberkulosefürsorgestelle zusammengefasst sind.

Im gleichen Sinne arbeitet die von der Arbeitsgemeinschaft sozialhygienischer Reichsfachverbände gegründete Deutsche Gesundheitsfürsorgeschule zur Fortbildung der in der Volkswohlfahrtspflege beruflich und nebenamtlich tätigen n i c h t ärztlichen Kräfte (Gesundheitsfürsorgerinnen, Wohlfahrtspflegerinnen, Hebammen, Gemeinde- und Anstaltsschwestern).

Die Besonderheiten des ländlichen Gesundheitswesens ergeben sich aus den räumlichen Verhältnissen mit weiten Entfernungen, geringer Besiedlung, vielfach mangelhaften Verkehrsbedingungen; die andersgearteten klimatischen und sozialen Verhältnisse wirken sich aus in höherer Mortalität an Lungen- und Nierenentzündungen, höherer Morbidität an Katarrhen, Rheumatismus, Hauttuberkulose, Häufigkeit der Augenverletzungen (durch Hornstoss oder Holzspalten), Coxa vara (als Folge der Arbeitsverrichtung in gebückter Stellung). Richtungweisend für die Arbeit am ländlichen Gesundheitswesen müssen ferner als Folgen dieser andersgearteten Krankheitsbedingungen die ätiologisch nicht so ohne weiteres klarliegenden Besonderheiten der Verbreitung von Tuberkulose und Frauenkrankheiten sein; weiter ist in Betracht zu ziehen neben der sozialen und wirtschaftlichen Lage die Psyche der Landbevölkerung, alles Faktoren, auf die bei Besprechung der einzelnen Gebiete des ländlichen Gesundheitswesens noch näher einzugehen sein wird.

Vergleicht man die Kurve der Tuberkulosesterblichkeit in Stadt und Land, so macht sich auf dem Land ein absolut und relativ langsamerer Rückgang bemerkbar; das muss umsomehr auffallen, als die Art der ländlichen Beschäftigung mit dem gerade hier so günstig wirkenden steten Kontakt mit Licht, Luft und Sonne einen für die Landbevölkerung günstigen Faktor darstellt. Eine der negativen Komponenten, die dieses Plus des Landes ausgleichen, stellen, wie schon Robert Koch[1] erkannt hat, neben der geringeren Versorgung des Landes mit Krankenanstalten und Fürsorgestellen hauptsächlich die Mängel des ländlichen W o h n u n g s w e s e n s dar; Misstände, die sich besonders verhängnisvoll in den Wintermonaten auswirken

1) Zit. nach E. Wernicke, Einfluss der Wohnung auf Krankheit und Sterblichkeit, aus "Krankheit und soziale Lage" hg. von M. Mosse und G. Tugendreich. München 1913, S. 81.

müssen, in denen in heubauenden Gegenden durch Wegfall der meisten Arbeit im Freien eine ständige Zusammendrängung der ganzen Familie in schlechten Räumen stattfindet. Vielfach bestehen diese Mängel in der verkehrten Verwendung und schlechten Haltung der Räume. Die Fenster sind eng, werden oft kaum geöffnet; sind einwandfreie Räume vorhanden, so werden sie vermietet oder an Sommergäste abgegeben, der engste, dunkelste und schlechtbelüftetste Raum wird als Schlafzimmer benutzt, und gerade d a s ist von ausschlaggebender Bedeutung für sanitäre Zustände überhaupt und für die Tuberkulose im Besonderen. Nach Robert Koch[1] sind die Sterblichkeitsziffern da am höchsten, wo ein Zusammendrängen in unhygienischen Schlafräumen vorliegt, und diesen Zustand sehen wir gerade auch auf dem Lande häufig. Besondere Auswüchse stellen neben den Alkoven die schrankartigen, zum Schlafen dienenden Behälter dar, die im Norden Deutschlands als sogenannte Butzen verbreitet sind.

Sehr zu wünschen übrig lassen auch häufig die im Deputat einbegriffenen Wohnungen der Landarbeiter. Der Dunghaufen liegt vor den Fenstern, Decke und Dach sind lükkenhaft, als Fussboden ist meist Zement, Ziegelstein- oder Lehmboden üblich, der schmutzig und feucht zugleich ist. Im Kreis Ückermünde[2] wurde von 727 Landarbeiterwohnungen festgestellt, dass 133 1 Wohnraum, 419 1 Küche und 1 Stube, 175 1 Küche und 2 Stuben enthielten. Auch Ebner[3] berichtet von den elenden Arbeiterwohnungen mancher Güter, wo kinderreiche Familien bis zu 9 Personen in 1 Raum hausen, wo der Putz von den Wänden fällt, die Brunnen verschmutzt und die Aborte am Zusammenbrechen sind. Im Bezirk Osnabrück und in den Geestkreisen von Stade sind viele Häuser als sog. Rauchhäuser erbaut: da ein Schornstein fehlt, muss der Rauch über die Diele abziehen. Im Bezirk Osnabrück wird übrigens für jeden durch eine einwandfreie Bettstelle ersetzten Butzen eine Beihilfe von 100 Mark gezahlt. Schlechte Wohnungsverhältnis-

1) Siehe Anmerkung S.11.
2) R. Langebeck, Wohnungsverhältnisse der Landarbeiter, aus Blatt f.d. Reichsbund der Kinderreichen Jg.9, Nr.10.
3) Berger und Ebner, Der gegenwärtige Stand und die Organisation der hygienischen Volksbelehrung, aus Veröffentlichungen aus dem Gebiet der Medizinalverwaltung Bd. 28, H.1, Berlin 1929.

se bei den Landarbeitern werden auch von Paquet[1] aus Frankreich berichtet und als Ursache der Zunahme der Tuberkulose auf dem Lande angesprochen.

Hier liegt für alle an der Gesundheitspflege interessierten Kreise ein weites Tätigkeitsfeld vor im Sinne einer vernünftigen Aufklärungs- und Reformarbeit, entgegen dem zähen Konservativismus des Bauern, der sich einer Abschaffung alter Sünden und Schäden, wie sie gerade hier vorliegen, vielfach widersetzt.

Das Wohnungswesen auf dem Lande ist so organisiert, dass die Gemeinden ihre eigenen Baupolizeiverordnungen haben, die sachgemässe Wohnungsaufsicht liegt beim Kreisarzt bzw. den Gesundheitsabteilungen der Kreiswohlfahrtsämter. Die gesundheitlichen Wohnungsanforderungen sind, den lokalen Verhältnissen angepasst, in den Baupolizeiverordnungen festgelegt; grobe Misstände werden durch Strafrecht und BGB. erfasst. In Sachsen und Bayern ist die Wohnungsaufsicht den Ortspolizeibehörden übertragen in Zusammenarbeit mit ehrenamtlich gebildeten Wohnungskommissionen und Wohnungsinspektoren. Die an Massenquartiere für Ernte- und Saisonarbeiter zu stellenden Anforderungen sind durch Ministerialerlasse festgelegt. Eine aktive Wohnungsfürsorge ist, da im allgemeinen infolge der Landflucht genügend Wohnungen vorhanden sind, hauptsächlich in landwirtschaftlichen Gutsbezirken nötig; hier wirken einzelne Gemeinden durch Errichtung von Musterwohnungen, Unterstützung der Gutsbesitzer und Gemeinnützigen Baugenossenschaften durch tragbare Darlehen, in der gleichen Richtung arbeiten die Landesversicherungsanstalten, Berufsgenossenschaften, Baugenossenschaften. Für Festlegung der Bedingungen und Möglichkeiten eines gesunden Wohnungswesens auf dem Lande arbeitet ein besonderer Ausschuss der Reichsforschungsgesellschaft für Wirtschaftlichkeit im Bau- und Wohnwesen. Der Bau von Landarbeiterwohnungen wird von der Regierung gemeinsam mit der wertschaffenden Arbeitslosenfürsorge gefördert.

Dem gesundheitlichen Interesse, das eine schnelle und vollständige E n t f e r n u n g d e r A b -

---

1) P.Paquet, La mortalité par tuberculose serait, depuis la guerre, en diminution dans les villes et en augmentation dans les campagnes, ref. v.F.Grube i.Zentralbl. f.d.gesamte Tuberkuloseforschung, Bd.22, S.300, Berlin 1924.

f a l l s t o f f e aus dem Bereich der Wohnungen fordert, steht das landwirtschaftliche Interesse an Ausnutzung der im Abfall enthaltenen Dungstoffe gegenüber. Die Gefahr dieses Konfliktes liegt in der Verseuchung des Trinkwassers, die stärkere Verbreitung des Typhus in kleinen Landstädten Schleswig-Holsteins z.B.wird auf ungenügende Abwässerbeseitigung zurückgeführt.Die Sammlung der Abfallstoffe erfolgt in Gräben, Miststätten und Jauchebehältern, nähere Bestimmungen über ihre Errichtung enthalten die Bauordnungen. Vorbildlich sind als Miststätten betonnierte, mit einem Dach versehene Betten,wie sie bei den neuen Siedlungshäusern im Osten zu finden sind. Die Abfuhr der menschlichen Fäkalien erfolgt bei Fehlen einer Kanalisation meist nach dem Tonnen- oder Kübelsystem,den landwirtschaftlichen Interessen kommt die Torfstreueinrichtung entgegen, die den Fäkalien den Geruch nimmt und sie für Düngerverwendung geeigneter macht. Durch besondere Bestimmungen ist die Aufmerksamkeit von Kreisarzt und Ortspolizei auf die Reinhaltung der Gewässer (beim Tränken des Viehs) gelenkt. Ausführung der diesbezüglichen gesetzlichen Bestimmungen liegt in Händen der Baupolizei; ihre Beratung und Überwachung versieht der Kreisarzt.Als beratende Instanz für dieses Gebiet besteht die Preussische Landesanstalt für Wasser-, Boden- und Lufthygiene.

Verschiedene Faktoren erschweren auf dem Lande eine einwandfreie T r i n k w a s s e r v e r s o r g u n g: Dungstätten, Senk- und Abortgruben können den Boden und damit das Grundwasser weithin verunreinigen,bei Grundwasserversorgung, wie sie auf dem Lande vorherrscht,muss daher das Wasser aus einer Tiefe von mehr als 4 m kommen, wo es praktisch keimfrei ist. Bei Einzelversorgung mit Brunnen oder Zisternen schliesst bei Verseuchung das beschränkte Versorgungsgebiet wenigstens eine allgemeine Ausbreitung aus. Mängel der Brunnen bestehen vielfach in schlechter Abdeckung, schlechter Lage (beim Misthaufen), schlechter Abdichtung der Rohrleitung Pumpe - Brunnen, bei auf dem Brunnen stehender Pumpe fliesst das Überlaufwasser in den Brunnen zurück, alles der Verseuchung Vorschub leistende Faktoren, so ist heute der Typhus nur noch oder besser leider noch eine Landseuche, während er aus den Städten mit ihrer guten Trinkwasserversorgung verschwunden ist. Zu fordern sind daher Rohr-oder Rammbrunnen mit mindestens 4 m tiefer Führung des zur Wasserentnahme dienenden Rohres. Für die Errichtung von Brunnen

sind Richtlinien festgelegt in der Brunnenordnung des Pr.Medizinalbeamten-Vereins. Die Brunnenanlage ist in den meisten Staaten von einer baupolizeilichen Konzession abhängig, in Österreich besteht sogar eine besondere Konzession für Brunnenhandwerker. Die Anlage von zentralen Wasserversorgungen wird besonders in ärmeren Gegenden vom Staat unterstützt durch Errichtung staatlicher Büros zur technischen Beratung und Bauaufsicht, in Bayern und Württemberg ausserdem durch Zuschüsse. Die Mitwirkung der örtlich zuständigen Gesundheitsbeamten ist durch besondere Vorschriften geregelt.

Die Anzeigepflicht für a n s t e c k e n d e K r a n k h e i t e n liegt in den Händen des Arztes und hat im allgemeinen an die Ortspolizei zur Weitergabe an den Kreisarzt zu erfolgen. Die von Reich und Ländern in Seuchen- bzw. Viehseuchengesetzen festgelegten Massnahmen trifft der Kreisarzt; besondere Bedeutung kommt gerade auf dem Lande einer im Rahmen des Notwendigen gehaltenen Volksbelehrung zu, damit in der Bevölkerung Klarheit herrscht über Anzeigepflicht und Verhaltungsmassregeln und Massnahmen wie Brunnenschliessung und Desinfektionen nicht sabotiert werden. Besondere Aufmerksamkeit ist den vom Vieh auf den Menschen übertragenen Seuchen wie Milzbrand, Rotz, Maul- und Klauenseuche, Perlsucht, Trichinose, Bang, weiter Typhus und Cholera wegen der ungünstigeren Trinkwasserverhältnisse zuzuwenden.

Besonderheiten hinsichtlich der Tuberkuloseverbreitung bestehen auf dem Lande insofern, als vielleicht auch perlsüchtige Rinder als Ansteckungsquelle in Frage kommen können und weiter die Altersphthise, indem den alten Leuten, während die Familie auf dem Felde arbeitet, die Hütung und somit auch Infizierung der Kleinkinder überlassen wird. Frühe und starke Heranziehung zur Arbeit gibt Teleky[1] als Grund an für den Anstieg der Tuberkulosesterblichkeit bei Landmädchen von 10 bis 15 Jahren; ähnliche Verhältnisse liegen auch beim männlichen Geschlecht vor. Ein allgemeines Ansteigen der Tuberkulose auf dem Lande wird übrigens aus Amerika, Frank-

1) L.Teleky, Pathologie der Tuberkulose, aus Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge, hg.v. A.Gottstein, A.Schlossmann, L.Teleky, Bd.3, S.146, Berlin 1926.

reich und Norwegen berichtet. Über die Verbreitung des L u p u s bestehen keine Nachkriegsstatistiken, doch schätzt Gumpert[1] den Anteil der Landbevölkerung auf 70 % gegen 30 % der Stadtbewohner. Die Ursachen sind in der schlechteren Alltagshygiene zu suchen, nach Gumpert[1] auch in vermehrter Empfänglichkeit durch infizierte Milch, Neumark[2] macht auch die Gefahr der Übertragung vom Tier auf den Menschen verantwortlich; jedenfalls wird der Lupus auf dem Lande meist zuerst nicht beachtet oder wie die Schwindsucht als "Schicksal" hingenommen; sind erst tiefgreifende Zerstörungen eingetreten, wird der Kranke scheu und geht erst recht nicht zum Arzt, auf frühzeitige Erfassung der Lupuskranken muss daher Wert gelegt werden.

Aufbau und Arbeitsweise der Tuberkulosebekämpfung sind grundsätzlich in Stadt und Land gleich; doch stehen der Erfassung und Beratung der Kranken Schwierigkeiten entgegen durch die Entfernungs- und Verkehrsverhältnisse und die Geldknappheit in rein ländlichen Bezirken. An der Tuberkulosebekämpfung wirken mit Behörden, Vereine, Versicherungsträger und als private Organisation mit staatlicher Unterstützung das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose. Die Hauptarbeit leisten die Fürsorgestellen für Tuberkulose, ihre Errichtung ist in Sachsen und Mecklenburg-Schwerin gesetzlich geregelt, in den übrigen Ländern der freien Betätigung der Kommunen, Vereine und Versicherungsträger überlassen, ebenso wie die Schaffung von Heilstätten und Tuberkulosefürsorgekrankenhäusern. Kostenträger der Fürsorgestellen ist der Kreis oder Bezirk in seiner Eigenschaft als Bezirksfürsorgeverband, mit Unterstützung der Landkrankenkassen, Versicherungsanstalten und Wohlfahrtsvereine; ein Zusammenschluss all dieser in gleicher Richtung arbeitenden Verbände zu Arbeitsgemeinschaften oder Zweckverbänden ist angestrebt. S i t z der Fürsorgestelle ist in der Regel die Kreisstadt; bei schwierigen Verkehrsverhältnissen ist anzustreben, mehrere Fürsorgestellen oder Hilfsstellen zu errichten und den Kreis in kleinere Bezirke zu teilen, so bestehen in manchen Kreisen neben der eigent-

1) M.Gumpert, Gegenwärtige und zukünftige Aufgaben der Lupusfürsorge, aus Fortschritte der Gesundheitsfürsorge, 3.Jg. Nr.8, S.232, Berlin 1929.

2) E.Neumark, Die Bedeutung der Tiertuberkulose für den Menschen, ref.v. Sieveking in Zentralblatt f.d.gesamte Tuberkuloseforschung, Bd.27, S.225, Berlin 1927.

lichen Fürsorgestelle Aussenstellen, in denen vom Fürsorgearzt in bestimmten Zeitabständen Sprechstunden abgehalten werden. Als Musterbeispiel für ländliche Tuberkulosefürsorge kann der Kreis Brilon dienen. Der 47 000 E. umfassende Kreis ist in 13 Fürsorgebezirke eingeteilt mit 10 Fürsorgeschwestern und 1 Kreisfürsorgerin, die Hauptfürsorgestelle ist im Landratsamt der Kreisstadt untergebracht, in den übrigen Bezirken dienen dem Fürsorgearzt Krankenhäuser, Schwesternheime, Sprechzimmer von Ärzten und Gasthäuser zur Abhaltung von Sprechstunden, ein besonderes Fürsorgeauto ist vorhanden. Zu Isolierungszwekken steht die Tuberkulosestation eines Krankenhauses zur Verfügung.

Im Ausbau des Netzes von Fürsorgestellen liegt das Schwergewicht der Tuberkulosebekämpfung, wieweit wir hier vom Ziel noch entfernt sind, zeigt der Stand von 1926, wo in 18 preussischen Kreisen noch keine Tuberkulosefürsorgestelle besteht. Zur häuslichen Versorgung der Tuberkulösen werden die durch besondere Lehrgänge geschulten Gemeindeschwestern herangezogen, die mit der Kreis-(Bezirks-) fürsorgerin in engster Fühlung stehen. Die Schwerfälligkeit der Landbevölkerung, ihr Misstrauen gegen behördliche Einrichtungen erfordern ausserdem die Mitarbeit aller Gebildeten im Sinne einer Aufklärungs- und Zubringertätigkeit.

Der Dienst als F ü r s o r g e a r z t wird im allgemeinen von einem praktischen Arzt, dem Kreisarzt oder Kreiskommunalarzt nebenamtlich versehen, sehr gute Erfahrungen sind aber in Thüringen mit hauptamtlich angestellten Tuberkulosefürsorgeärzten gemacht worden, im Rheinland mit hauptamtlicher Besetzung durch die Kreiskommunalärzte; als optimal zu bezeichnen ist die Einrichtung, dass der Fürsorgearzt gleichzeitig Leiter einer Krankenhausabteilung ist. In Bayern werden die Fürsorgestellen von den zuständigen Bezirksärzten geleitet, ausserdem aber noch in ihnen alle zwei bis drei Monate Sprechtage von Fachärzten der Münchner Fürsorgestelle abgehalten.

D i e B e k ä m p f u n g d e r G e s c h l e c h t s k r a n k h e i t e n auf dem Lande spielt sich ganz analog der Tuberkulosebekämpfung ab; dem Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose entspricht die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Die durch Rückkehr der vielfach

kranken Kriegsteilnehmer entstandene Zunahme der Geschlechtskrankheiten auf dem Lande wird durch Unwissenheit und Indolenz der Bevölkerung noch gefördert, daher muss hier durch Vorträge, Filme, Theaterstücke, Plakate, Merkblätter und Flugschriften viel Aufklärungsarbeit geleistet werden, zumal auch die vom Lande stammenden Dienstmädchen ein Hauptkontingent der Prostitution darstellen. Den erkrankten Heeresentlassenen wurde unentgeltliche Behandlung gewährt, es wurden Fachärzte in die ländlichen Bezirke geschickt und Beratungsstellen von den Landesversicherungsanstalten geschaffen, in denen Untersuchung stattfand und Sorge für gründliche Behandlung getragen wurde, deren Ausführung durch das neue Reichsgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten erzwungen wird. Dies Gesetz ist gerade für ländliche Verhältnisse bedeutungsvoll durch Erfassung der Behandlungswiderspenstigen, die früher zum Kurpfuscher gingen, sowie der Armen und Minderbemittelten und hat schon jetzt in den ländlichen Bezirken einen erfreulichen Rückgang der Geschlechtskrankheiten herbeigeführt.

Erhöhte Aufmerksamkeit erfordert auf dem Lande das Gebiet der S c h w a n g e r e n f ü r s o r g e u n d d e s M u t t e r s c h u t z e s im Sinne einer Schonung der Frau vor, während und nach der Geburt. Unter besonders ungünstigen Bedingungen stehen Landarbeiterinnen, Bauernfrauen, insbesondere Frauen von selbständigen kleinen Bauern und Gutsarbeitern durch den in bestimmte Monate zusammengedrängten gewaltigen Arbeitsaufwand, der jede Rücksicht auf Menstruation, Schwangerschaft und Stillgeschäft ausschliesst. Daraus resultieren Störungen der Geburt und des Wochenbettes, Fehlgeburten, Häufigkeit der Lageveränderungen des Uterus, Arteriosclerose, erhöhte Säuglingssterblichkeit; dazu kommen als Folge des frühen Zwangs zur Arbeit häufig Deviationen der Brustwirbelsäule, frühes Altern der Frauen[1].

Was geschieht nun auf diesem Gebiet:

In zahlreichen grösseren Gemeinden arbeiten private Mutterschutzorganisationen zusammen mit den Behörden und Hebammen, deren eigentliche Aufgabe auf diesem Gebiet liegt, als System kommt naturgemäss die offene Fürsorge

1) Näheres über dies Kapitel s. F.Lönne: Soziologie der Frauenkrankheiten, aus Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge, hg.v.A.Gottstein, A.Schlossmann, L.Teleky, Bd.5, Berlin 1927.

in Frage. Die ländlichen Gemeindehelferinnen sind zusammengefasst in der Evangelischen Frauenhilfe mit 1 Million Mitgliedern in 5 000 Vereinen. 42 von 67 Diakonissenmutterhäusern der Inneren Mission leisten prophylaktische, rettende und helfende Arbeit, speziell an unehelichen Schwangeren. Vom 3.Tage nach der Entbindung ist die Pflege von Wöchnerinnen auch den meisten religiösen Schwesternschaften der katholischen Caritas gestattet.Den ehelichen Gebärenden wird von der Gemeinde,charitativen oder gemeinnützigen Vereinen Beistand geleistet durch Ueberlassung des Wanderkorbs für die Entbindung,Stellung einer Wartefrau, Unterstützung mit Lebensmitteln. Versorgung der ehelichen Gebärenden in der Wohnung geschieht auch durch die Frauenvereine vom Roten Kreuz. Die Versorgung von ehelichen und unehelichen Schwangeren,soweit sie direkt oder indirekt der Versicherung angehören, ist durch die Wochenhilfe gesichert. Die Fürsorge für nicht versicherte, u n b e m i t t e l t e Wöchnerinnen ist durch die Fürsorgeverpflichtordnung der Wohlfahrtspflege überwiesen, hier also dem Kreiswohlfahrtsamt. Die Einrichtung von Schwangerenberatungsstellen in den Landgemeinden ist in Thüringen 1928 vom Landtag beschlossen worden.

Mit Rücksicht auf die Verständnislosigkeit und schwierige Belehrbarkeit der Mutter, die oft nicht stillen will, "weil ja die Kuh im Stall steht", die Abneigung gegen alles Neue, das Festhalten an altem schädlichen Aberglauben müssen auch auf dem Gebiet der S ä u g l i n g s - u n d K i n d e r f ü r s o r g e Aufklärung und Belehrung wichtige Vorarbeit leisten. Diese Erziehung der Frauen beginnt an manchen Orten in der Schule, wo die 12 bis 14-jährigen von ausgebildeten Lehrerinnen in den Grundzügen moderner Säuglingshygiene unterrichtet werden und wird fortgesetzt in der Fortbildungsschule. Weitere Mittel der Belehrungen sind Vorträge, Filme, leichtverständliche Bücher, Mutterkurse, Wanderlehrgänge, wie sie z.B. durch geprüfte Säuglingspflegerinnen vom Roten Kreuz veranstaltet werden. Die Hauptarbeit kommt auch hier den Beratungsstellen zu[1]. Träger

1) Als vorbildlich, wenn auch kaum für uns erreichbar, muss das in einigen Bezirken in Amerika übliche Verfahren der Mütterbelehrung angesehen werden mit Hilfe einer genauen Kartothek bekommt jede Mutter jeden Monat ein Merkblatt,in dem ihr neben Glückwünschen für das gute Gedeihen ihres Kindes genaue Ratschläge über Ernährung und Hygiene des Säuglings gegeben werden.

der Fürsorge auf dem Lande sind die Kreise in Zusammenarbeit mit den hier besonders wertvolle Arbeit leistenden Organisationen der freien Wohlfahrtspflege.

An Säuglings- und Kleinkinderfürsorgestellen bestehen in den Landkreisen des Reiches z.Zt. rund 3 5000.Die Einrichtung und Leitung der Fürsorgestellen ist ganz analog den oben geschilderten, zweckmässig,aber leider kaum durchgeführt ist ihre Verbindung mit Milchküchen.Die hohe Morbidität der Säuglinge an Tuberkulose (die Säuglingssterblichkeit in Bayern ist für das Land 3,8 % (1927)höher als in den Städten gegenüber einer Differenz von nur 1,3 % für das Reich (1926)), begründet in Wohnungs- und Wissensverhältnissen, hat in Oberbayern zu einem Zusammenschluss der Kinder- mit der Tuberkulosefürsorge geführt. In enger Zusammenarbeit mit der Fürsorge stehen auch auf dem Lande die Anstalten der halbgeschlossenen Fürsorge wie Kindergärten, Kindertagesheime,Gutskrippen, wie sie in Schlesien von den Gutsbesitzern unterhalten werden, Anstalten der geschlossenen Fürsorge stehen in den Städten zur Verfügung und werden nur von wenigen leistungsfähigen Kreisen unterhalten, praktisch liegt hier die Hauptarbeit bei der Fürsorgerin.

Über die Einstellung von Hebammen in das System der Säuglingsfürsorge ist zur Zeit die Diskussion in vollem Gange. Gütt[1]) schlägt aus praktischen Gründen und Sparsamkeitsrücksichten eine Heranziehung der Hebammen vor, am besten da, wo der Kreisarzt zugleich Kreiskommunalarzt und somit Vorgesetzter der Hebammen ist. Da die Hebamme durch die Art ihres Berufs nicht voll und dauernd beschäftigt ist und sie ja sowieso für das Gedeihen des Säuglings in den ersten 10 Lebenstagen verantwortlich ist, liegt es nahe, hier anzusetzen und eine bestimmte Anzahl von Besuchen im 1.Lebensjahr zu fordern, die Ausbildung der Hebammen in Säuglingspflege ist im Preussischen Hebammengesetz verankert, alte Hebammen müssen erst durch Kurse geschult werden. Die finanzielle Regelung ist z.B. im Kreise Marienwerder provisorisch dahingehend getroffen worden, dass die Hebamme für jedes versorgte Kind bei Vollendung des 1. Lebensjahres eine Prämie erhält.Die um 3 % gesunkene Säuglingssterblichkeit im Landkreis Marien-

1) Gütt, Säuglingsfürsorge und Mitarbeit der Hebammen in einem Landkreise,aus Zeitschrift für Medizinalbeamte, Jg.42, Nr.18, Berlin 1929.

werder bezieht Gütt[1] zum grössten Teil auf diesen Ausbau der Mitarbeit der Hebammen. Nach Martins Feststellungen[2] besteht eine Heranziehung der Hebammen in 52 Landkreisen, wovon 26 auf die Rheinprovinz entfallen. Aus Bayern berichtet Seitz[3], dass die Mitwirkung der Hebammen in der Säuglingsfürsorge auf dem Lande bereits unentbehrlich geworden sei.

Die J u g e n d f ü r s o r g e untersteht ebenfalls den Bezirksfürsorgeverbänden, sie hat sich auf dem Lande besonders gegen Ausbeutung der Kinderarbeit, Mangel an Schlaf durch Mitarbeit auf dem Felde, gegen zu frühe Heranziehung der Kinder zur Feldarbeit und gegen die Gewinnsucht zu richten, die die Milch in die Molkereien wandern lässt, anstatt sie den Kindern zukommen zu lassen; über die vielfach unvernünftige Ernährung der Landkinder wird im Kapitel hygienische Volkserziehung noch einiges zu sagen sein. Vorschläge über eine gesetzliche Regelung zum Kinderschutz in der Landarbeit sind vom Deutschen Kinderschutz-Verband den gesetzgebenden Körperschaften unterbreitet. Die Notwendigkeit einer solchen Aktion beweisen folgende Zahlen: Nach der Statistik von 1925 waren fast 400 000 Kinder Landwirtschaftsarbeiter, davon 390412 unter 14 Jahren, nach Sauer[4] ist gut die Hälfte aller in der Landwirtschaft beschäftigten Kinder noch nicht 10 Jahre alt!

Dem Kreisarzt als Aufsichtsorgan für S c h u l g e s u n d h e i t s p f l e g e ist vorgeschrieben, alle Schulen seines Bezirks in gesundheitlicher Beziehung zu überwachen, Schulbauplätze zu prüfen, Baulichkeit und Einrichtung der Schulgebäude, sowie Gesundheitszustand der Schüler einer Besichtigung zu unterziehen. Diese Vorschrift genügt wohl für die hygienische Überwachung der Schulgebäude und Einrichtungen, eine wirklich wertvolle Gesundheitspflege am Schul k i n d erfordert mehr Zeit und Interesse, als ein mit so viel Pflichten belasteter Kreisarzt aufbringen kann. Zur Lö-

1) Siehe Anmerkung S.20.
2) Ed.Martin, Die Hebamme und die Säuglingsfürsorge und -pflege, aus Zeitschrift für Medizinalbeamte, Jg. 42, Nr.16, Berlin 1929.
3) M.Seitz, Aus dem Bericht über die Tätigkeit des bayrischen Landesverbandes für Mutterschafts-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, ref.v.Andreae i.Fortschritte d.Gesundheitsfürsorge, Jg.3, Nr.1, S.18, Berlin 1929.
4) H.Sauer: "Jugendberatung als Prophylaxe gegen Selbstmorde Jugendlicher" aus I.Med.Welt, 3.Jg.Nr.49, Berlin 1929.

sung dieser Frage sind verschiedene Wege gegangen worden: Einzelne Landgemeinden stellen, oft mit stattlichen Zuschüssen, eigene Schulärzte an, in letzter Zeit ist das hauptamtliche System bevorzugt, in dem Sinne, dass der Schularztdienst vom Kreiskommunalarzt versehen wird, häufig sind neben dem Kreisarzt praktische Ärzte mit Privatdienstvertrag damit betraut, ihre Zusammenarbeit ist durch schulärztliche Konferenzen unter dem Vorsitz des Kreisarztes erleichtert. Die zweckmässigste Form der Lösung ist nach Gastpar[1] die Verbindung der sozialen Hygiene im Schulalter mit der sozialen Hygiene der vorhergehenden und nachfolgenden Altersgruppen, wie das beim Kreiskommunalarztsystem, in ganz Württemberg bei den staatlichen Oberamtsärzten der Fall ist, Jedenfalls sind wir heute noch weit von dieser Lösung entfernt. 1927 sind von 537 preussischen Kreisen 36 schulärztlich gänzlich unversorgt, 20 nur zum Teil, in Baden sind 1929 noch 51 % der Schulkinder auf dem Lande ohne schulärztliche Versorgung.

Unterstützungsbedürftige Schulgemeinden bekommen Mittel zu Neubauten vom Staat, für Bau und Errichtung ländlicher Volksschulen bestehen feste Vorschriften. Besonders zu beachten ist vom Landschularzt die vielfach schlechte Ernährung der Schulkinder, sofern sie durch Unwissenheit, mangelhafte Kochkunst (hierüber s.hyg.Volkserziehung) und Gewinnsucht verursacht ist, nach Kaup 2) ist der Prozentsatz der Schulkinder, die ein normales Frühstück bekommen, auf dem Lande noch geringer als in der Stadt, auch ist der Überanstrengung der Schulkinder durch Erntearbeit und ungenügenden Schlaf wegen der Gefahr von Wachstums- und Entwicklungsstörungen Beachtung zu schenken. Die durch die weite Entfernung vom Schulhaus bedingten Nachteile im Sinne des Mangels an Schlaf, flüchtigen und ungenügenden Frühstücks, sind in vorbildlicher Weise in vielen Schweizer Orten[3] vermieden durch Errichtung zahlreicher kleiner Schulgebäude in zerstreut liegenden Dörfern.

---

1) A.Gastpar, Soziale Hygiene und Schulalter, aus Handbuch der sozialen Hygiene u.Gesundheitsfürsorge, hg. v.A.Gottstein, A.Schlossmann, L.Teleky, Bd.4, S.268, Berlin 1927.
2) Kaup, Ernährung und Lebenskraft der ländlichen Bevölkerung, S.554, Berlin 1910.
3) z.B.Dorf Teufen: auf 4 700 Einw.kommen 7 Schulgebäude.

Da Hallenschwimmbäder für das Land zu teuer sind und wir uns Badestuben, wie sie in Finnland auch die ärmere Bevölkerung hat, leider nicht leisten können, kommt als zweckmässig die Errichtung von Brausebädern in Frage, am besten an Volksschulen. Der keineswegs bemittelte Kreis Schmalkalden z.B. hat vor dem Kriege alle Volksschulneubauten damit ausgerüstet, wo gewerbliche Betriebe (Brennereien, Molkereien) bestehen, kann nach dem Vorbild Dänemarks das Abdampfverwertungsverfahren zum Anschluss von Brause- und Wannenbädern benutzt werden. (Rapmund[1]) Förderung dieser Bestrebungen und Aufsicht über bestehende Badeeinrichtungen sind dem Kreisarzt zugewiesen, auch arbeitet der Deutsche Verein für Volksbäder in dieser Richtung.

Je dünn besiedelter und ärmer ein Gebiet ist, umso grössere Schwierigkeiten bestehen hinsichtlich einer ausreichenden ärztlichen Versorgung der Bevölkerung, während aus Niederschlesien und Bayern von einer langsamen Zunahme der Landärzte berichtet wird, wird in Schleswig-Holstein und Nordwestdeutschland z.B., wenn auch dort z.Zt. noch kein ernstlicher Arztmangel besteht, doch für die Zukunft aus der Land furcht der Ärzte eine Verschlechterung erwartet, ganz ernst ist die Lage in den dünn besiedelten armen Gebieten Ostpreussens, wo geradezu von einer Landflucht der Ärzte gesprochen wird, Reichert[2] schreibt: Das flache Land verödet ganz allmählich und einmal eingetretene Vakanzen sind nicht wieder zu besetzen. Zahlenmässig liegen die Verhältnisse so, dass in einzelnen östlichen Bezirken erst auf doppelt so viel Einwohner 1 Arzt kommt, als im Durchschnitt von ganz Preussen: in Preussen kommt 1927 auf 1423 E. 1 Arzt, im Reg.Bez.Gumbinnen auf 2881, Allenstein auf 2972, Köslin auf 2602 E. 1 Arzt! Unberücksichtigt ist in diesen Zahlen die Tatsache, dass die Versorgung dieser Patientenzahl auch noch durch die ungünstigen Verkehrsbedingungen erschwert ist.

Begründet sind diese Schwierigkeiten in schlechten Einkommens- und Wohnungsverhältnissen der

1) O.Rapmund, Das öffentliche Gesundheitswesen, S.744, Leipzig 1914.
2) Reichert, Eine Landflucht der Ärzte? aus Gross-Berliner Ärzteblatt, Jg. 9, S.26, Berlin 1929.

Landärzte. Auch wo heute nur vereinzelte Zeichen der Landflucht sich erkennen lassen, entsprechen die Einkommensverhältnisse nicht dem, was zu einer Konsolidierung notwendig ist (Reichert[1]). Von dem Einkommen, das zu dem ausserordentlich aufreibenden Beruf meist in gar keinem Verhältnis steht, gehen allein für Verkehrslasten (Automobil) 25-40 % ab, verschlimmert werden die Einkommensverhältnisse für Neueintretende noch durch die nichtseinbringende Wartezeit bis zur Zulassung zur Kassenpraxis. Während der Arzt in der Stadt immerhin ausserordentliche Möglichkeiten in der Ausdehnung seiner Praxis hat, ist die Landpraxis über ein bestimmtes Mass, das wohl einen gewissen, wenn auch nicht sehr hohen Lebensstandard verbürgt, einfach nicht erweiterungsfähig; Entfernungs- und Verkehrsverhältnisse blockieren dann jede Leistungsmöglichkeit. Zusammen mit den hohen Vertreterkosten hindern diese schlechten finanziellen Verhältnisse den Landarzt auch an der Teilnahme an Fortbildungskursen, staatliche Zuschüsse für diese Zwecke werden von Zeit zu Zeit gefordert, sind aber bis heute noch nicht bewilligt worden. Dass überhaupt heute eine verhältnismässig dichte Besetzung des Landes besteht, wird aus dem finanziellen Druck erklärt, der eine Generation nach der Kriegszeit notgedrungen aufs Land trieb, weil dort ein Einkommen verhältnismässig s c h n e l l zu schaffen war.

Für den von allen Zerstreuungen und Erholungen isolierten Landarzt spielt naturgemäss die Wohnungsfrage eine besondere Rolle, die Nachteile einer schlechten Lösung liegen auf der Hand: wenn der Arzt kein Heim hat, so beeinträchtigt das seine Leistungsfähigkeit und treibt ihn ins Wirtshaus. Als geeignete Massnahme schlägt Reichert[1] vor, dass die Landkrankenkassen ihre Reserven zu billigem Zins dem Kreis zur Finanzierung des Baus von Arzthäusern zur Verfügung stellen. Im Reg.Bez. Wiesbaden haben in der Tat einzelne Gemeinden Arzthäuser erbaut, dort besteht auch keine Landflucht der Ärzte.

Zur Lösung der Frage einer gleichmässigen ärztlichen Versorgung von Stadt und Land bestehen Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Ärzten, deren Kernpunkt die Sicherung eines bestimmten Einkommens ist, von anderer Seite[1] ist eine Erhöhung der Gebührensätze unter Umstän-

1) Reichert, Eine Landflucht der Ärzte? Gross-Berliner Ärzteblatt, Jg.9, Nr.26, Berlin 1929.

den zu einem Vorzugstarif für solche Notstandgebiete vorgeschlagen werden. Zur Gewährung eines festen Gehalts oder Sicherung eines Mindesteinkommens sind zwar einzelne Bezirke und Inseln geschritten, doch sind in vielen Fällen die Gemeinden hierzu gar nicht in der Lage, hier müssten Kreis, Provinz oder Staat eingreifen; eine solche Selbsthilfe der G e m e i n d e n besteht im früheren Herzogtum Nassau, jetzt Reg.Bez.Wiesbaden: gegen Aussetzung eines Fixums sind die Ärzte verpflichtet, zu Mindestsätzen zu behandeln, und da auch von einzelnen Gemeinden Arzthäuser gebaut sind und den Ärzten gegen angemessene Miete überlassen werden, ist die ärztliche Versorgung dieses Gebiets ausgezeichnet. In Minden-Lippe haben die Ä r z t e zur Selbsthilfe gegriffen: der Gauverband hat im Umlageverfahren eine Versorgungskasse gegründet, die ein gewisses Einkommen garantiert und im Todes- oder Invaliditätsfalle einspringt.

Einen interessanten Beitrag bieten Versuche zur Lösung des Problems, die im kaiserlichen Russland und in der alten Türkei gemacht wurden: die Studierenden bekamen unentgeltliche Ausbildung gegen die Verpflichtung, sich dort, wohin sie vom Staat geschickt wurden, für eine bestimmte Zeit oder für immer niederzulassen.

An K r a n k e n a n s t a l t e n bestehen in einigen Gegenden kommunale Kreiskrankenhäuser; in zahlreichen kleinen Land- und Kreisstädten unterhalten Innere Mission, Caritas und Rotes Kreuz - meist konfessionelle - Krankenhäuser, ebenso Alters- und Siechenheime. Gleichgerichtete Arbeit leisten die Verbände der freien Wohlfahrtspflege durch Anstellung von Gemeindeschwestern, Bereitstellung von Hilfsmitteln zur Krankenpflege ("Margarethenspenden"), Bildung von Krankenpflegevereinen, Errichtung von Krankenpflegestationen[1], zum Teil mit erheblichen Beihilfen von den Landesversicherungsanstalten. Speziell für kleinere Dörfer ist von der freien Wohlfahrtspflege die Einrichtung der Landkrankenpflegerinnen oder Gemeindehilferinnen geschaffen worden: nach mehrmonatlichem Lehrgang, dessen Kosten von der Kirchengemeinde oder einem Krankenfürsorgeverein getragen werden, halten sich diese Mädchen dem Heimatdorf als weltliche Kran-

1) In Deutschland 10 094, der grösste Teil auf dem Lande.

kenpflegerin zur Verfügung und werden von derselben Stelle besoldet. Im allgemeinen rechnet man auf 800 bis 1000 Einwohner 1 Pflegerin, in kleineren Dörfern ist die Stelle nebenamtlich, ein staatliches Krankenpflegeexamen wird absichtlich nicht verlangt, da erfahrungsgemäss dann für die kleinen Gemeinden nicht tragbare Gehaltsanforderungen gestellt werden und Abwanderung in die Städte erfolgt.

Für I r r e n f ü r s o r g e kommen die Landes-(Provinzial-)-heilanstalten in Betracht, in West- und Süddeutschland auch die von klösterlichen Gemeinschaften betriebenen Anstalten. Massnahmen, die als eine gewisse Prophylaxe des Irrenwesens zu bezeichnen sind, bestehen in einer wirksamen, weil frühzeitigen Behandlung von Entwicklungsstörungen überhaupt, die durch die Methode der Kapillarmikroskopie (W.Jaensch[1]) im frühesten, vielfach latenten und noch einer erfolgreichen Therapie zugänglichen Stadium ermittelt werden. Für das Land besteht einstweilen nur beim Reg.Bez.Merseburg ein besonderes Dezernat hierfür mit Untersuchungsstelle, die mit dem Physiologischen Institut Halle zusammenarbeitet.

Für E r s t e H i l f e kommen aus Gründen der Bereitschaft Mitglieder der Feuerwehr in Frage, die häufig ausgebildete Sanitäter sind, anzustreben ist, dass in jeder Gemeinde wenigstens eine in der ersten Hilfe ausgebildete Person mit Fernsprecher und Verbandskasten existiert (in der Schweiz sind z.B. die Dorfschulen mit Verbandskästen und Unterweisungen in der ersten Hilfe ausgerüstet); als Rettungsstation dienen häufig die Gemeindekrankenpflegestationen der freien Wohlfahrtspflege, zur Verbandmaterialversorgung kann die charitativ gestellte Margarethenspende dienen. In grösseren Gemeinden bestehen örtliche, durch Ärzte ausgebildete Samaritervereine. Richtlinien für die Einrichtung des Rettungswesens in kleinen Landgemeinden sind vom Zentralkomitee für das Rettungswesen aufgestellt.

In Erkenntnis der Bedeutung einer möglichst bald nach dem Unfall einsetzenden sachgemässen Behandlung ist von den landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften besonderer Wert auf Organisation der ersten Hilfe gelegt worden.

1) W.Jaensch, Die Hautkapillarmikroskopie, Halle 1929.

Die durch die weiten Entfernungen zum Arzt, den Mangel an Krankenhäusern, Rettungsstationen, Sanitätskolonnen und Krankentransportmitteln verursachten Schwierigkeiten haben auf dem Lande zu einer stärkeren Heranziehung des Unternehmers geführt. er hat für erste Hilfe zu sorgen, bei allen nicht ganz leichten Fällen für ärztliche Behandlung, Stellung von Fuhrwerk für den Arzt oder Kranken, Arbeitsunterbrechung bis zur Anlegung eines Notverbandes. Grössere Betriebe sollen Betriebshelfer für sachgemässe erste Hilfe vorbilden. In manchen landwirtschaftlichen Schulen erhalten die Schüler eine Betriebshelferausbildung. Zur Verdichtung des Netzes von Krankenpflegestationen arbeiten Gemeinden und Berufsgenossenschaften vielfach zusammen durch gemeinsame Kostenübernahme in der Anstellung von Krankenpflegerinnen, Bildung von Sanitäts - kolonnen und Verbandsstationen, Ausbildung von Nothelfern. In den meisten ländlichen Bezirken ist individuelle Behandlung der Verletzten durch das V e r l e t z u n g s a r t v e r f a h r e n angestrebt; die Berufsgenossenschaften beauftragen die in Frage kommenden Krankenkassen, allgemein bestimmte Verletzungsfälle ohne weiteres auf ihre Rechnung in bestimmte Heilanstalten einzuweisen oder an bestimmte Fachärzte zu senden. Die Überwachung des Rettungswesens liegt der Ortspolizei unter Mitwirkung des Kreisarztes ob. Im wesentlichen wird die Entwicklung des ländlichen Rettungswesens eine Funktion der Verbesserung der Verkehrswege und der Verbreitung des Automobils sein.

Gegen die ungleiche H e b a m m e n v e r s o r g u n g von Stadt und Land, die sich besonders in den östlichen Provinzen ungünstig bemerkbar macht und der Hebammenpfuscherei[1]) Vorschub leistet, sind durch das neue Preussische Hebammengesetz folgende Massnahmen getroffen worden. F r e i praktizierende Hebammen bedürfen zur Niederlassung einer Niederlassungsgenehmigung, ein bestimmtes Einkommen wird vom Kreis garantiert, die Hälfte der Alters- und Invaliditätsversicherungskosten trägt der Kreis, ebenso die Kosten für Fortbildungskurse. Für dünnbesiedelte Kreise o h n e oder mit einer ungenügenden Zahl freier Hebammen sind vom Kreis angestellte Bezirkshebammen vorgesehen; sie haben nach einer be-

1) 42 % aller Entbindungen fanden 1909 in Ostpreussen ohne Mithilfe von Hebammen statt.

stimmten Dienstzeit Anrecht auf Ruhegeld, auch sind Staatsbeihilfen in Aussicht gestellt. Die Hebammen werden vom Kreisarzt überwacht, in Baden existieren als Hebammenlehrer und -prüfer besondere Kreisoberhebeärzte, in Ungarn Distriktsoberärzte für Geburtshilfe.

Am besten eignen sich für ländliche Bezirke erfahrungsgemäss Frauen aus der Landbevölkerung, die als geburtshilflicher Beistand das meiste Vertrauen geniessen. Eine ausgezeichnete Hebammenversorgung ist in einzelnen Schweizer Kantonen (St. Gallen) erreicht; dort hat jede Gemeinde eine Gemeindehebamme, evtl. in Gemeinschaft mit der Nachbargemeinde, bei über 1000 bis 1500 Einwohnern eine weitere, in Ungarn muss jede Gemeinde von 800 Einwohnern ab eine diplomierte Gemeindehebamme anstellen.

Im Hinblick auf die Wichtigkeit der A r z n e i m i t t e l v e r s o r g u n g und der Tatsache der spärlichen Aussaat von Apotheken auf dem Lande (in ganz Preussen kommen 1926 auf 10 000 E. durchschnittlich 1,12 Arzneiversorgungsanstalten, im Reg.Bez. Oppeln 0,94, Allenstein 0,93, Köslin 0,73), wird von vielen Seiten eine Kommunalisierung der Apotheken empfohlen. Kreise, Gemeinden oder von Gemeinden gebildete Zweckverbände sollen die Apotheken übernehmen. Z.Zt. bestehen neben den selbständigen Apotheken auf dem Lande von diesen errichtete Filialapotheken, in besonderen Fällen ist dem ansässigen Arzt die Haltung einer Hausapotheke gestattet. Besonderer Überwachung bedürfen die von Grossfirmen fertig mit Gebrauchsanweisungen an Krämer, Wirte und andere Laien gelieferten Schrankdrogerien, die oft der Kurpfuscherei Vorschub leisten, ebenso der verbotene Hausierhandel mit Arzneimitteln, der die ohnehin schlechte Lage vieler Landapotheken noch verschlimmert.

E i n e einheitlich geregelte obligatorische L e i c h e n s c h a u - vom Feuerbestattungswesen und Fällen von ansteckenden Krankheiten abgesehen - gibt es in Deutschland nicht. In einigen Kreisen besteht nur ärztliche Leichenschau, in anderen ist sie gemischt, in wieder anderen, besonders den östlichen Provinzen, wird sie nur von Laien ausgeübt, in Sachsen existieren besondere Leichenfrauen, die sog. Heimbürginnen. Praktische Bedeutung haben diese Tatsachen insofern, als sie eine erheb-

liche Fehlerquelle der Statistik und eine Erschwerung der planmässigen Seuchenbekämpfung darstellen.

Gegenüber der planmässigen Organisation der Bekämpfung des Alkoholismus in den Städten liegt die Bewegung auf dem Lande, von den wirksamen, aber das Land schwer erfassenden Trinkerfürsorgestellen abgesehen, mehr in Händen der Landärzte, Geistlichen, Lehrer, hie und da auch bei den Landfrauenvereinen. Die Form, in der der Alkoholismus auf dem Lande auftritt, ist vielfach besonders, Grad und Schäden sind praktisch in Stadt und Land gleich. Der in der gesünderen Lebensweise, der körperlichen Arbeit im Freien liegende primäre Vorteil des Landes wird zunichte gemacht durch die Tatsachen, dass vielfach Schnaps, Wein, Obstwein, Most, selbst hergestellt werden, dass entgegen aller Aufklärungsarbeit Frauen und Kinder, insbesondere auch Kleinkinder, vielfach Alkohol zu trinken bekommen; an der Mosel z.B. wird als Arbeitstrunk auf das Feld Wein mitgegeben, ebenso wird der beim Dreschen, Heuen, Getreideabladen entstehende Durst nie anders als mit Wein gelöscht; an Stelle des Weins tritt in anderen Gegenden Most oder Bier, in Ostpreussen der Schnaps. Most wird in erstaunlichen Mengen verbraucht, Dresel[1] berichtet, dass in guten Obstjahren 8 bis 10 Hektoliter pro Familie eingelegt werden; die Sage von seinem geringen Alkoholgehalt führt auch noch zu der Unsitte des mostgefüllten Säuglingsschnullers; in den Donauniederungen wird den Säuglingen zur Beruhigung Bier in die Saugflasche gegeben. Erschwerend wirken die von interessierten Kreisen, auch schnapserzeugenden Agrariern künstlich erhaltenen und verbreiteten Sagen über Unschädlichkeit des Trinkens, über den Nutzen des Alkohols: "Bier ist flüssiges Brot!", "Wer niemals einen Rausch gehabt, der ist kein braver Mann" auf Bierdeckeln, der falsche Ruf bestimmter Biere als Kräftigungsmittel für stillende Mütter.

Sehen wir vom Alkoholgenuss bei besonderen Anlässen wie Volks-, Turn-, Schützenfesten ab, da einzelne Exzesse eher vernachlässigt werden dürfen als der regelmässige chronische Genuss, der immer einen Missbrauch dar-

1) E.G.Dresel, Der Alkohol und seine Bekämpfung, aus Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge, hg.v.A.Gottstein, A.Schlossmann, L.Teleky, 3.Bd. S.415, Berlin 1926.

stellt, so ist der Kernpunkt der ganzen Frage auf dem Lande das Wirtshausproblem. Durch den Mangel an geistiger Ablenkung auf dem Lande ist das Wirtshaus der Brennpunkt des öffentlichen Lebens, der Ort für Handel, Politik und insbesondere am Sonntag für Geselligkeit. Hier ist naturgemäss nur sehr langsam Wandel zu schaffen: Erziehungsarbeit, in der Schule beginnend, in Vereinen, durch Vorträge fortgesetzt, muss wenigstens die verhängnisvolle Unsitte beseitigen, dass Kinder bereits Alkohol bekommen. Viel ist zu hoffen und wird auch langsam gebessert durch die zunehmende sportliche Betätigung der Jugend, einiges von einer Reform des Konzessionswesens im Sinne einer Beschränkung der Zahl der Wirtshäuser. Als Beispiel für eine solche Bedürfnisklausel sei das Dorf Teufen (Schweiz) angeführt: es darf solange keine neue Wirtschaft mehr aufgemacht werden, bis nicht mehr als 1 Wirtshaus auf 150 Einwohner kommt, wer seine Wirtschaft eingehen lässt, bekommt aus Staatsmitteln eine Entschädigung von 2000 bis 5000 Franken. So sind seit 1920 112 Wirtschaften eingegangen (4700 E.).

Während wir heute in den Grosstädten und Industriegebieten schon vielfach Auswüchse einer Überfütterung in hygienischer Volksbelehrung beobachten können, bleibt für vernünftige hygienische E r z i e h u n g auf dem Lande noch viel Arbeit, neben vielen, schon oben ausgeführten Missständen wird diese Forderung begründet durch die grössere Häufigkeit der Infektionen nach kleinen Verletzungen, die Ausbreitung der Aktinomykose und der Hauttuberkulose. So wenig es wünschenswert erscheint, dass jeder Bauer Bescheid weiss über Zuckerprozente, Disposition oder in die Krebsfurcht mancher städtischen Kreise gerät, soviel muss doch erreicht werden, dass kleine Kinder keine Mohnschnuller mehr bekommen, dass keine Spinnweben, Huflattich oder Kuhmist[1]) mehr auf offene Wunden gelegt werden, dass nicht mehr "dem Manne, den man in der Bahn getroffen hat", dem Kurpfuscher oder der weisen Frau mehr Glauben geschenkt wird als dem Arzt. Ein auffallend rückständiges Gebiet ist in manchen Gegenden die Ernährung, wenn die Leute erschöpft von der Arbeit auf dem Felde oder im Weinberg nach Hause kommen, ist die Frau meist zu müde zum Kochen und es gibt Butterbrot und Wein, oder Kar-

1) In Mecklenburg, besonders Fischland üblich, Geschwüre rühren vom Biss der ehernen Schlangen her und dürfen nicht behandelt, nur besprochen werden!

toffeln mit Essig darüber, wie es an der Mosel verbreitet ist, die Sitte des kalten Mittagessens ist überhaupt auf dem Lande mehr verbreitet als in der Stadt. Die Folgen sind eine erhöhte Morbiditätan Magen- und Darmkrankheiten, am meisten geschädigt werden die Kinder, besonders wenn ihnen noch Milch und Butter zugunsten der Molkereien entzogen und durch Kaffee oder gar Alkohol ersetzt werden. Die Kinder erhalten überhaupt viel zu früh die Kost der Erwachsenen, der Prozentsatz der Kinder,die kein normales Frühstück bekommen, ist nach Kaup[1] auf dem Lande noch grösser als in den Städten; auch die geringeren Militärtauglichkeitsziffern mancher Landgegenden bezog Kaup auf die schlechtere Ernährung durch die Unsitte, alle eigenen Erzeugnisse zu Geld zu machen und die Familie mit Surrogaten zu ernähren. Die hygienische Volkserziehung, von Fischer-Defoy[2] als Massenangriff auf die Unkenntnis des Volkes bezeichnet,liegt in den Händen aller am Gesundheitswesen beteiligten Stellen,die im Reichsausschuss für hygienische Volksbelehrung zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossen sind.Während für Ausgestaltung der Methoden und Lehrmittel der Reichsausschuss zusammen mit dem Deutschen Hygiene-Museum und der Lingner-Stiftung arbeitet, liegt die eigentliche Erziehungs- und Aufklärungsarbeit bei den Landesausschüssen,den Provinzialausschüssen, Ortsausschüssen, den an die Kreiswohlfahrtsämter angeschlossenen Kreiszentralen, die zur Anschaffung geeigneten Materials Beihilfen vom Reichsausschuss bekommen. Erfasst werden die Schulkinder durch den Unterricht[3], die Lehrer durch hygienische Vorbildung in den neuen Lehrerbildungsanstalten und Fortbildungskursen, die Eltern durch Veranstaltung von Elternabenden. Als Lehrmittel kommen in Frage die Presse, kleinere Zeitungen werden von der Pressestelle des Reichsausschusses mit

1) Kaup, Ernährung und Lebenskraft der ländlichen Bevölkerung, S.554, Berlin 1910.

2) Zit. bei Vogel, Hygienische Volksbildung, aus Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge, hg.v.A.Gottstein,A.Schlossmann,L.Teleky,Bd.1,S.360, Berlin 1925.

3) Der Einwand, dass dann den Kindern auch dies Gebiet noch verleidet würde, ist bei den tatsächlich vorhandenen Fortschritten des heutigen Schulwesens nicht mehr unbedingt stichhaltig, zumal hier Materie und Interesse die Aufgabe erleichtern.

Material und Artikeln beliefert, Vorführungen möglichst mit Filmen, für die beim Reichsausschuss und beim Landes-Provinzialausschüssen besondere Lichtbild- und Filmstellen bestehen, wo Not an geeigneten Rednern ist, werden Mustervorträge mitgeliefert. Für kleine Ausstellungen, wie sie auf dem Lande im Schulhaus in Betracht kommen, werden leichtzuverpackende Unterrichtssammlungen vom Deutschen Hygiene-Museum gestellt. In Amerika wird auch das Kasperletheater für solche Zwecke verwandt. In Gemeinschaft mit dem Kreis- oder Kreiskommunalarzt arbeiten die Kreisfürsorgerinnen und Gemeindeschwestern, in Bayern und der Pfalz existieren besondere Gesundheitslehrerinnen. Das modernste Hilfsmittel stellt der Rundfunk dar, die Deutsche Welle und einige andere Sender bringen regelmässig Vorträge über gesundheitliche Fragen. Für Heranziehung der Geistlichkeit sind vom Reichsausschuss im Einvernehmen mit der Kirche besondere Richtlinien herausgegeben worden. Überhaupt muss mit Rücksicht auf die bäuerliche Mentalität die Haupterziehungsarbeit von den Leuten geleistet werden, die mit der Bevölkerung zusammenleben, also Pfarrern, Ärzten, Lehrern und sonstigen "eingesessenen" Persönlichkeiten. Flugblätter und Bücher kommen weniger in Frage, da die einzige Lektüre oft nur Zeitungen und Kalender bilden, einige Zeitungen haben regelmässig vom Bezirksarzt belieferte Gesundheitsecken oder Briefkästen. Gastpar[1]) schlägt vor, das Schullesebuch heranzuziehen, das gerade auf dem Land von Jung und Alt ausgiebig zerlesen wird. Ein Beispiel, dass "es geht", bietet der Landkreis Annaberg, hier besteht eine Arbeitsgemeinschaft, die eine Wanderausstellung für Gesundheitspflege unterhält, eine volkstümliche Gesundheitsbücherei zur allgemeinen u n e n t g e l t l i c h e n Benutzung und einen Film- und Lichtbildapparat mit entsprechendem Material. Den Wert einer solchen Erziehungsarbeit zeigen die nordischen Länder, insbesondere Dänemark, wo aus der ausgezeichneten Organisation und Besetzung der gerade für die ländliche Bevölkerung bestimmten Volkshochschulen ein Bildungsstand der Bevölkerung resultiert, der die Einführung selbst einschneidender Gesundheitsgesetze, wie Alkoholismus oder Geschlechtskrankheiten be-

1) A. Gastpar, Die Bedeutung der Schule, insbesondere der Fortbildungsschule für die hygienische Volksbelehrung, aus Sozial-hygienische Mitteilungen, 13.Jg. H. 3, Karlsruhe 1929.

treffend, wesentlich erleichtert. Überhaupt kann uns das Ausland in der Beachtung und Verwertung massenpsychologischer Momente lehrreich sein: so spielt in dem grossartigen Feldzug der Vereinigten Staaten für hygienische Volkserziehung die Heranziehung des Sportgeistes und des Nationalgefühls sicher eine hervorragende Rolle, wo Mitarbeit auf gesundheitlichem Gebiet eben als Fortsetzung des Werkes grosser einheimischer Forscher Sache der nationalen Ehre und als Wettbewerb Sache des Sportgeistes ist. Bei aller Berücksichtigung des Grundsatzes, dass fremde Sitten nicht ohne weiteres zu übertragen sind, wird doch bei uns in der Erziehung allmählich auf derartige Momente Rücksicht genommen werden müssen, wenn auch oder gerade weil die Tatsache, dass über Wirken und Bedeutung grosser d e u t s c h e r Forscher auch ingebildeten d e u t s c h e n Laienkreisen so gut wie nichts bekannt ist, während in Frankreich z.B. in jedem Dorf eine Rue Pasteur und entsprechende Kenntnisse existieren, zeigen, wie weit wir noch hiervon entfernt sind.

L i t e r a t u r .

Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege im deutschen Reiche, herausgegeben von B.Möllers, Berlin 1923.

Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege in den ländlichen Bezirken des deutschen Reichs, Einzelabhandlungen zusammengestellt im Reichsgesundheitsamt, Berlin 1928.

Das Gesundheitswesen des preussischen Staates 1925,
" " " " " 1926,
" " " " " 1927,
aus Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung,Bd.24, H.1, Bd.25, H.6, Bd.29, H.2, Berlin 1927,1929.

Abhandlungen über das ländliche Gesundheitswesen in Ungarn, zusammengestellt vom Kgl.Ungarischen staatl. hygienischen Institut in Budapest, Budapest 1928.

Handbuch über den preussischen Staat für das Jahr 1929, Berlin 1929.

Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge, herausgegeben von A.Gottstein, L.Teleky,A.Schlossmann, Bd.1-6, Berlin 1925-27.

Handwörterbuch der sozialen Hygiene, herausgegeben von A.Grotjahn und J.Kaup, Leipzig 1912.

Die Einstellung der Hebammen in das System der Mutter- und Säuglingsfürsorge, Bericht aus Fortschritte der Gesundheitsfürsorge, 3.Jg.H.3, S.90, Berlin 1929.

Krankheit und soziale Lage, herausgegeben von A.Mosse und G.Tugendreich, München 1913.

Förderung des Baus von Landarbeiterwohnungen aus Mitteln der wertschaffenden Arbeitslosenfürsorge, aus Volkswohlfahrt 10.Jg. H.1 u.5, Berlin 1929.

Mutterschutz in Thüringen, Bericht aus Fortschritte der Gesundheitsfürsorge, 3.Jg.H.2,S.49,Berlin 1929.

Fachausschuss für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge und Mutterschutz im Freistaat Sachsen, Bericht aus Fortschritte der Gesundheitsfürsorge, 3.Jg. H.9, S.275, Berlin 1929.

Die Sterblichkeit der Gesamtbevölkerung im Freistaat Preussen nach Todesursachen und Altersklassen in den Jahren 1925 u.1926, aus Medizinalstatische Nachrichten, 16.Jg. Nr.2, Berlin 1928.

10 Jahre Preussisches Ministerium für Volkswohlfahrt, aus Volkswohlfahrt 10.Jg. H.21, Berlin 1929.

Allmann, Die Landarztfrage, aus Ärztliche Mitteilungen 30.Jg. Nr.43, Leipzig 1929.

H.B.H.Baumm, Hebamme und Fürsorge aus Zeitschrift für Medizinalbeamte, Jg.41, H.6, Berlin 1928.

Berger und Ebner, Der gegenwärtige Stand und die Organisation der hygienischen Volksbelehrung, Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung, Bd.28, H.1, Berlin 1928.

J.Breger, Die Gesundheitsverhältnisse in Stadt und Land, aus Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, Jg.25, H.1, Jena 1928.

Cohn, Eine Landflucht der Ärzte? aus Gross-Berliner Ärzteblatt, 9.Jg. Nr.28, Berlin 1929.

A.Gastpar, Die Bedeutung der Schule, insbesondere der Fortbildungsschule für die hygienische Volksbelehrung aus Sozial-hygienische Mitteilungen, 13.Jg. H.3, Karlsruhe 1929.

Gaus, Die ärztliche Versorgung auf dem Lande, aus Ärztliche Mitteilungen, 30.Jg.Nr.45, Leipzig 1929.

Gütt, Säuglingsfürsorge und Mitarbeit der Hebammen in einem Landkreise, aus Zeitschrift für Medizinalbeamte, Jg.42, H.18, Berlin 1929.

M.Gumpert, Gegenwärtige und zukünftige Aufgaben der Lupusfürsorge, aus Fortschritte der Gesundheitsfürsorge, 3.Jg. H.8, Berlin 1929.

Hammer, Tuberkulosefürsorge auf dem Lande, aus Tuberkulosefürsorgeblatt, 16.Jg. Nr.9, Berlin 1929.

Hüne, Die ärztliche Versorgung der Landkreise, aus Ärztliche Mitteilungen, 30.Jg. Nr.37/38, Leipzig 1929.

W.Jaensch, Die Hautkapillarmikroskopie, Marhold, Halle 1929.

Kappes, Kindergesundheitsfürsorge auf dem Lande, ref. in Fortschritte der Gesundheitspflege, 3.Jg. Nr.12, Berlin 1929.

J.Kaup, Ernährung und Lebenskraft der ländlichen Bevölkerung, Berlin 1910.

Koester, Über die Organisation der Tuberkulosefürsorge im Kreise Brilon, Tuberkulosefürsorgeblatt 16.Jg. H.11, Berlin 1929.

A.K.Krause, Urbal and rural trends of tuberkulosis mortality contrasted, ref. von Keyser-Petersen in Zentralblatt für die ges.Tuberkuloseforschung, Bd.26, S.338,458, Berlin 1927.

R.Langebek, Wohnungsverhältnisse der Landarbeiter, aus Blatt für den Reichsbund der Kinderreichen. Jg. 9, Nr.10.

B.Möllers, Die gesundheitliche Lage des deutschen Volkes, aus Archiv für soziale Hygiene und Demographie, Bd.4, H.3, Berlin 1929.

Ed.Martin, Die Hebamme und die Säuglingsfürsorge und -pflege, aus Zeitschrift für Medizinalbeamte, Jg.42, H.16, Berlin 1929.

E. v.Müller, Erfahrungen in einer ländlichen Tuberkulosefürsorgestelle, aus Tuberkulosefürsorgeblatt Jg. 16, Nr.9, Berlin 1929.

E.Neumark, Die Bedeutung der Tiertuberkulose für den Menschen, ref.von Sieveking in Zentralblatt f.d.ges.Tuberkuloseforschung, Bd.27, S.225, Berlin 1927.

P.Paquet, La mortalité par tuberculose serait, depuis la guerre, en diminution dans la villes et en augmentation dans les campagnes, ref.von F.Grube in Zentralblatt f.d.ges.Tuberkuloseforschung, Bd.22, S.300, Berlin 1924.

Reichert, Eine Landflucht der Ärzte?, aus Gross-Berliner Ärzteblatt, 9.Jg. Nr.28, Berlin 1929.

H.Sauer Jugendberatung als Prophylaxe gegen Selbstmorde Jugendlicher, aus Die medizinische Welt, 3.Jg. Nr.49, Berlin 1929.

Seitz, Aus dem Bericht über die Tätigkeit des bayrischen Landesverbandes für Mutterschafts-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge für das Jahr 1927, ref.von Andreae in Fortschritte der Gesundheitsfürsorge, 3.Jg. H.1, Berlin 1929.

Schiemann, Der Arzt auf dem Lande, aus Ärztliche Mitteilungen, 30.Jg. Nr.44, Leipzig 1929.

Schmitz, Zum Kapitel "Landarzt", aus Ärztliche Mitteilungen, 30.Jg. Nr.46, Leipzig 1929.

Solbrieg, Der Haushalt des Preussischen Ministeriums für Volkswohlfahrt (Abteilung für Volksgesundheit) für 1928 im Landtag, aus Zeitschrift für Medizinalbeamte, Jg.41, H.6, Berlin 1928.

C.H.M.Waaler, Statistical account of the mortality from tuberculosis in Norway, ref.von Prinzing in Zentralblatt f.d.ges.Tuberkuloseforschung, Bd.26, S.872, Berlin 1927.

Wilführ u. H.Bruns, Typhusepidemie und "Wasserkrankheit" auf dem Dorfe, aus Veröffentlichungen aus dem Gebiet der Medizinalverwaltung, Bd.27, H.9, Berlin 1928.

L e b e n s l a u f .

Verfasser wurde am 2.11.1907 als Sohn des Stadtarztes Professor Dr.Wilhelm von Drigalski in Halle geboren, besuchte von Michaelis 1913 bis Michaelis 1916 die Vorschule, von Michaelis 1916 bis Michaelis 1925 das Stadtgymnasium zu Halle. Die vier vorklinischen Semester absolvierte er in Marburg, von den klinischen Semestern zwei in Freiburg, eins in Heidelberg und die letzten drei in Berlin, wo er am 12.November 1930 das medizinische Staatsexamen bestand.

Zu aufrichtigem Dank bin ich Herrn Professor Dr. Grotjahn† für Zuweisung des Themas und mannigfache Anregungen in Kolleg und Seminar verpflichtet, Herrn Ministerialrat Dr. Ostermann für die liebenswürdige Zugänglichmachung der Bibliothek des Preussischen Volkswohlfahrtsministeriums, Herrn Sanitätsrat Dr.Lowin vom Reichsausschuss für hygienische Volksbelehrung für freundliches Herleihen der einschlägigen Zeitschriften, sowie Herrn Dr.Dürst, Teufen, für Beschaffung von statistischem Material.